



13. Proskurnia, A.S. (2019). Typolohichni osoblyvosti perfektsionizmu yak determinanty vynyknennia afektyvnykh rozladiv [Typological features of perfectionism as determinants of developing of affective disorders]. Kyiv. 210 [in Ukrainian].

14. Tkach, B.M. (2016). Neiropsykholohichni mekhanizmy suitsydalnoi povedinky [Neuropsychological mechanisms of suicide behavior]. *Problemy suchasnoi psykholohii – Problems of modern psychology. Kamianets-Podilskyi: Aksioma*, 32, 489–501 [in Ukrainian].

15. Fedosieieva, I.V. (2016). Vikovi osoblyvosti suitsydalnoi povedinky pidlitkiv [Age features of suicide behavior of teenagers]. *Molodyi vchenyi – Young scientist*, 9.1, 161–165 [in Ukrainian].

16. Chala, O.A. (2015). Perfektsionizm yak determinanta destruktyvnoi konfliktnosti yunatstva [Perfectionism as determinant of destructive conflictness of youth]. *Visnyk psykholohii i pedahohiky – Messenger of psychology and pedagogics*, Kyiv, 15. Retrieved from: https://www.psyh.kiev.ua/Чала_О.А._Перфекціонізм_як_детермінанта_деструктивної_конфліктності_юнацтва [in Ukrainian].

17. Petter, O. (2017). Perfectionism And Suicide Are Linked, Finds New Study. Independent : electronic journal. Retrieved from: <https://www.independent.co.uk/life-style/perfectionism-suicide-link-study-bodykill-adolescents-western-ontario-mental-health-a7868581.html> [in English].

Стаття надійшла до редакції 16.06.2020.

The article was received 16 June 2020.

УДК 159.97:616.89-08.44:615.851

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-24>

РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З КОМОРБІДНОЮ ТРИВОЖНІСТЮ В КЛІНІЦІ ЕНДОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ряховська Тетяна Леонідівна,
аспірант кафедри клінічної психології

Київський інститут сучасної психології та психотерапії

TLRyakhovska@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7280-5129>

У статті розглянуто сучасні знання щодо коморбідності тривоги у разі шизофренії, її епідеміології, етіології та стратегії управління коморбідною тривожністю за допомогою впровадження психотерапевтичних інтервенцій методами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Метою цієї роботи є системний огляд досліджень, що наявні в цій сфері, щоб узагальнити те, що відомо, і вивести напрями для подальших досліджень, що може сприяти розв'язанню проблеми реалізації КПТ тривожних станів у клініці ендогенних психічних захворювань.

Методи дослідження представлені порівнянням і співвіднесенням наявних історичних і сучасних даних, присвячених проблемі взаємодії ендогенних психозів, психогенних психічних розладів та аналізу сучасних терапевтичних заходів щодо їх лікування, що й стало теоретико-методологічною основою дослідження.

Результати. З'ясовано, що тривога дуже поширена серед хворих на шизофренію і може впливати на клінічну картину та прогноз основного захворювання на різних його стадіях.

Підкреслено, що складнощі ідентифікації симптомів тривоги, недостатня увага до їх діагностики та лікування веде до ускладнення основного захворювання, зниження рівня якості життя та подальшої інвалідизації хворих на шизофренію.

Результати контрольованих випробувань демонструють, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії перевершує інші психотерапевтичні методи лікування тривоги. Аналізуючи дані досліджень з ефективності когнітивно-поведінкової терапії тривожних станів у хворих на шизофренію, очевидним є доцільність впровадження структурованих короткострокових терапевтичних програм.

Висновки. Здійснений аналіз дає змогу дійти висновку, що актуальним виявляється розв'язання питання про доцільність проведення комплексної оцінки тривожних станів та психотерапевтичних заходів щодо їх лікування у хворих шизофренічного спектра.

Серед питань, що потребують подальшого наповнення, – структуризація та персоналізація психотерапевтичних програм, робота з окремими видами продуктивної та негативної симптоматики, застосування заснованої на усвідомленості когнітивної терапії, впровадження короткотермінових протоколів.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, тривога, тривожні стани, шизофренія, ендогенне захворювання, коморбідність.

THE ROLE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY WHILE WORKING WITH COMORBID ANXIETY IN THE CLINIC OF ENDOGENOUS MENTAL ILLNESS

Riakhovska Tetiana Leonidivna,

Postgraduate Student at the Department of Clinical Psychology

Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy

TLRyakhovska@gmail.com

orcid.org/0000-0002-7280-5129

The article considers modern state of knowledge about the comorbidity of anxiety in schizophrenia, its epidemiology, etiology and management of comorbid anxiety through introduction of psychotherapeutic interventions using cognitive-behavioral therapy (CBT) methods.

The purpose of this paper is a system review of existing research in this area to summarize what is known and to derive directions for further research that can help solve the problem of implementing CBT for anxiety conditions in the clinical presentation of endogenous mental illnesses.

The methods of research are represented by comparison and correlation of existing historical and modern data that regard the problem of interaction of endogenous psychoses and psychogenic mental disorders and analysis of modern therapeutic measures for their treatment, which became the theoretical and methodological basis of the study.

Results. Anxiety has been found to be very common in patients with schizophrenia and can affect the clinical picture and prognosis of the underlying condition at various stages.

It is emphasized that the difficulty of identifying the symptoms of anxiety, insufficient attention to their diagnosis and treatment leads to complications of the underlying condition, reduced quality of life and subsequent incapacitation of patients with schizophrenia.

The results of controlled trials show that the effectiveness of CBT is superior to other psychotherapeutic methods for anxiety treatment. Analyzing the data of studies on the effectiveness of CBT of anxiety in patients with schizophrenia, the feasibility of implementing structured short-term therapeutic programs appears obvious.

Conclusions. The performed analysis allows us to conclude that it is important to address the issue of the feasibility of a comprehensive assessment of anxiety conditions and psychotherapeutic measures for their treatment in patients with schizophrenic spectrum.

Among the issues that need further filling, structuring and personalization of psychotherapy programs, work with certain types of productive and negative symptoms, the use of awareness-based cognitive therapy, the introduction of short-term protocols.

Key words: *cognitive-behavioral therapy, anxiety, schizophrenia, endogenous illness, comorbid.*

Вступ

Шизофренія – це важкий психотичний розлад, що характеризується значними порушеннями в сфері мислення, сприйняття, емоцій, поведінки й когнітивних функцій, має значний вплив на функціонування та якість життя пацієнта. Наукові дослідження в сфері шизофренії переживають нині бурхливий розвиток знань та мають на меті знайти нові пояснення етіології та патогенезу хвороби, винайти та впровадити ефективні методи її попередження і лікування.

Так, аналізуючи та оцінюючи причини та модифікуючи фактори шизофренії, ми звернули увагу на роль взаємодії ендogenous психозів і психогенних психічних розладів. Симптоми марення, галюцинацій та дезорганізації мислення, як правило, узгоджуються з хвилюючими емоціями, такими як тривога, гнів чи сором.

Супутня тривога є однією з найменш вивчених особливостей шизофренії, попри докази її значного впливу на результат основного захворювання, функціонування та якість життя пацієнтів (Buonocore, Bosia, Vecchi, Spangaro, Cavedoni, Cocchi et al., 2017).

1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Результати дослідження впливу тривоги на переживання позитивних психотичних симптомів свідчать про те, що тривожність пов'язана з рівнем вираженості параної, марення і може викликати гостре посилення слухових галюцинацій (Hartley, Barrowclough, Haddock, 2013). У дослідженні впливу урбаністичного середовища на загострення психотичних переживань було продемонстровано, що стрес і тривога можуть провокувати виникнення субклінічної параної та маячних станів (Freeman, Waller, Harpur-Lewis et al., 2015). Отже, негативні афективні стани не тільки збільшують і без того високий рівень стресу у пацієнтів з психозом, але також мають відношення до формування та підтримання психотичних симптомів.

Високий рівень тривожності пов'язаний з погіршенням щоденного функціонування, якості життя, самооцінки та самоефективності хворих. Так, наприклад, соціальна тривожність суттєво корельована з психіатричними симптомами. У пацієнтів із соціальним тривожним розладом та шизофренією спостерігається нижча загальна якість



життя та нижча самооцінка, ніж у хворих на шизофренію без соціального тривожного розладу (Aikawa, Kobayashi, Nemoto, Matsuo, Wada, Mamiya, Mizuno, 2018).

Емпіричні дані свідчать про те, що розгляд тривоги як терапевтичної мети може справити позитивний вплив на продуктивні симптоми, полегшити перебіг та покращити результати основного захворювання, але їй досі виникає брак подібних науково-практичних підходів та їх використання на практиці (Bosanac, Castle, 2015; Temmingh & Stein, 2015; Buonocore, Bosia, Bechi, Spangaro, Cavedoni, Cocchi et al., 2017; Orocka & Lincoln, 2017).

Сучасні вимоги до якості психіатричної допомоги наголошують на необхідності застосування в терапевтичному процесі не тільки високоефективних медикаментозних препаратів, а й ефективного психотерапевтичного супроводу хворих.

Нині когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є методом психотерапевтичної допомоги у разі тривожних розладів, депресії, obsесивно-компульсивного розладу, посттравматичного стресового розладу, соматоформних розладів, порушень сну, сексуальних дисфункцій, розладів особистості. КПТ може бути застосована для лікування більш складних психічних розладів, органічних захворювань головного мозку та інших соматичних захворювань як частина програми комплексного лікування та реабілітації. КПТ може бути застосована в амбулаторних умовах, під час госпіталізації, у вигляді індивідуальної, групової та сімейної терапії.

Однак лише в кількох дослідженнях вивчалася ефективність когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на тривожні стани в клініці ендегенних психічних захворювань (Halperin, Nathan, Drummond & Castle, 2000; Kingsep, Nathan & Castle, 2003; Orocka, Lincoln, 2017). Результати цих досліджень демонструють покращення статистичних показників у групах втручання порівняно з відсутністю змін у контрольних групах та збереження результатів лікування під час подальшого спостереження хворих. Незважаючи на неоднорідність вибраних груп пацієнтів та методів психотерапевтичних інтервенцій, більшість розглянутих досліджень підтверджують корисність використання когнітивно-поведінкової терапії для проблем, пов'язаних з тривогою, у пацієнтів із психозом. Визначення більш ефективних втручань, точних механізмів їх дії та впливу на зменшення психотичних симптомів – це відкриті питання для подальших досліджень.

Метою цієї роботи є системний огляд досліджень, що наявні у цій галузі, щоб узагальнити те, що відомо, і вивести напрями

для подальших досліджень, що може сприяти розв'язанню проблеми реалізації когнітивно-поведінкової терапії тривожних станів у клініці ендегенних психічних захворювань.

Зазначене вище визначає актуальність цього дослідження, що базується на оцінці когнітивно-поведінкової психотерапії як науково обґрунтованої структурованої форми психотерапії тривожних станів, обмеженої в часі й зосередженої на корекції характерних для пацієнтів з розладами шизофренічного спектра когнітивних і поведінкових змін.

Завдання статті:

- розглянути сучасні знання щодо коморбідності тривоги у разі шизофренії, її епідеміології, етіології та впливу на перебіг основного захворювання;

- дослідити ефективність впровадження психотерапевтичних інтервенцій методами когнітивно-поведінкової терапії в клініці ендегенних психічних захворювань;

- описати основні компоненти програми когнітивно-поведінкової терапії для управління коморбідною тривожністю.

2. Методологія та методи

Методи дослідження представлені порівнянням і співвіднесенням наявних історичних і сучасних даних. Відповідні рецензовані статті були визначені шляхом проведення літературних пошуків в електронних базах даних (MEDLINE, PsycINFO, Science Direct). Були використані такі пошукові ключові слова: «когнітивно-поведінкова терапія», «тривога», «тривожні стани», «шизофренія».

3. Результати та дискусії

За даними дослідження, що описує епідеміологію та феноменологію тривоги у разі шизофренії, симптоми тривоги, що провокують тривожні стани, можуть виникати у 65% пацієнтів хворих на різні форми шизофренії та можуть досягати порогу діагностики різних коморбідних тривожних розладів у 38% таких хворих (Temmingh, Stein, 2015).

Результати дослідження 2011 року, в якому було проведено метааналіз, що об'єднав дані 52 досліджень із загальною кількістю понад 4000 пацієнтів, показали, що 38,3% осіб із порушеннями спектра шизофренії страждали щонайменше від одного коморбідного тривожного розладу. Найпоширенішим тривожним розладом була соціальна фобія, що була наявна у 14,9% випадків. За ним слідували посттравматичний стресовий розлад (12,4%), obsесивно-компульсивний розлад (12,1%), генералізований тривожний розлад (10,9%), панічний розлад (9,8%) та специфічні фобії (7,9%) (Achim, Maziade, Raymond et al., 2011).

Дослідження, що розглядають симптоми тривожності, крім тривожних розладів на рівні синдрому, виявили, що частота панічних нападів у разі шизофренії сягає 45%, а частота obsесивно-компульсивних симптомів коливається від 10 до 64% із середньозваженим рівнем 25%. Частота симптомів соціальної тривоги досягала 36,6% (Buckley, Miller, Lehrer et al., 2009).

Навіть якщо супутня тривога не відповідає всім діагностичним критеріям тривожного розладу, такі симптоми або проблеми, як низька самооцінка, занепокоєння і поринання в роздуми, недостатня само-ефективність, гіперактивність, порушення сну або відсутність мотивації, можуть свідчити про тривожні стани таких пацієнтів. Останні, своєю чергою, можуть передувати збільшенню загальної тяжкості симптомів основного захворювання і погіршенню прогнозу щодо його перебігу.

Демографічна кореляція тривожних симптомів у разі шизофренії свідчить про більші показники для пацієнтів жіночої статі та для пацієнтів молодшого віку (Achim, Maziade, Raymond, Olivier, Mirette, Roy, 2011; Bosanac, Castle, 2015).

Дослідження, що оцінювали зв'язок тривоги з позитивними та негативними психотичними симптомами, свідчать про те, що тривожні стани можуть бути спровоковані маренням переслідування і галюцинаціями, але можуть виникати й незалежно від цих симптомів (Swainson, Chue, LeMelledo, 2003).

Тривожні стани у разі шизофренії пов'язані з підвищеними ризиками втрати працездатності, погіршенням якості життя, суїцидальністю, порушенням когнітивних функцій, що зумовлює вимоги для більш уважного догляду за такими хворими (Bosanac, Castle, 2015).

Такі чинники, як різні діагностичні підходи та часто невеликі вибірки пацієнтів, можуть сприяти різниці в результатах досліджень, що свідчать про поширеність тривожних розладів та симптомів у хворих на шизофренію. Але безумовним залишається той факт, що ці показники в кілька разів перевищують показники у загальній популяції. Це зумовлює вагоме значення комплексної оцінки пацієнтів із шизофренією та симптомами тривожності, що має охоплювати обстеження психічного і фізичного стану, цілеспрямовані дослідження з метою уточнення вживання наркотичних речовин, оцінку цілей та ризиків.

Сучасні діагностичні системи, а саме: Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5) та Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10) підкреслили ієрархічну структуру психіа-

тричної діагностики, згідно з якою психотичні розлади вважаються вищими в ієрархії діагнозів над тривожними розладами. Це може мати вплив на розгляд тривожних симптомів як на «вторинні до психотичних», отже, не вимагати первинного діагностичного супроводу та лікування, що призводить до більш тяжкого перебігу основного захворювання (Temmingh, Stein, 2015).

Ще однією проблемою, що може виникнути стосовно діагностування симптомів тривоги, може бути виражена наявність негативної та продуктивної симптоматики у хворого. Так, зниження рівня емоційної експресивності, пов'язаної з негативними симптомами та когнітивним зниженням у разі шизофренії, а також маскування симптомів за продуктивною симптоматикою, такою як галюцинації та марення, ускладнює діагностування (Achim, Maziade, Raymond, Olivier, Mirette, Roy, 2011). Якщо у хворого є виражена алекситимія, це також стає на заваді діагностики тривожних симптомів через труднощі хворого у вираженні почуттів.

Посттравматичні інтрузії також можуть утворювати складності в диференційному діагностуванні слухових галюцинацій, тому важливою є перевірка інших симптомів посттравматичного стресу, таких як уникнення нагадувань про травму, негативні емоції та думки щодо самозвинувачення, почуття оніміння та емоційної відстороненості, деструктивної поведінки.

Усе це вказує на те, наскільки важливо використовувати якомога більше джерел у процесі діагностики тривожних симптомів у хворих на шизофренію, включаючи спостереження персоналу, під наглядом якого перебуває хворий, та його опікунів. Важливою є оцінка ступеня тяжкості психозу, вираженості тривожного розладу та оцінка побічних ефектів, пов'язаних з антипсихотичною терапією.

Недостатня увага до діагностування симптомів тривоги, на жаль, супроводжується обмеженим репертуаром психотерапевтичних рекомендацій для хворих на шизофренію із супутніми тривожними станами та розладами.

Результати першого метааналітичного дослідження психотерапії хворих на шизофренію показали, що найбільш ефективні для цієї групи пацієнтів когнітивно-поведінкова (КПТ), тілесно-орієнтована і сімейна психотерапія (Wunderlich, Wiedemann, Buchkremer, 1996).

КПТ вважається психологічною терапією вибору серед емпірично доказових методів лікування тривожних розладів (Chambless, Ollendick, 2001). Результати метааналізу,



в якому досліджено ефективність когнітивно-поведінкової терапії розладів тривожного спектра, свідчать про те, що лікування з використанням методів КПТ показало значно більший ефект, ніж за їх відсутності для всіх видів тривожних станів. Результати контрольованих випробувань демонструють, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії перевершує інші психотерапевтичні методи лікування (Norton, Price, 2007).

Сучасні наукові підходи, на яких базується когнітивно-поведінкова модель тривожних розладів, сприяють розумінню механізмів тривоги та страху (Романчук, 2012). Так, розглядаючи лінійний характер нормальної реакції тривоги, КПТ описує механізм, за яким сприйняття та оцінка тригера активує симпатичну нервову систему та фізіологічну мобілізацію тіла до відповідної поведінки через емоційну реакцію страху. Після повторної оцінки ситуації, що не є насправді загрозливою, настає фаза заспокоєння, і тривога стихає.

У ситуації, коли когнітивні інтерпретації набувають неадекватного характеру, як наприклад марення та параноїдальні думки у хворих на шизофренію, тривожна реакція закріплюється, що призводить до утворення циклу, який підтримує тривогу. Утворення циклу також може провокуватися утворенням захисної поведінки як способу подолання тривоги, що призводить до тимчасового полегшення стану через блокування впливу тригера, але блокує можливість перевірки когнітивних інтерпретацій, залишаючи їх незмінними, що надалі призводить до посилення хвороби.

Яскравим прикладом цього є розлади соціальної тривоги, що найбільш поширені серед інших видів тривоги у хворих на шизофренію та ведуть до соціальної дезадаптації.

Соціальна тривога проявляється у формі сильного та постійного страху однієї або декількох соціальних ситуацій та супроводжується поведінкою уникнення, що призводить до зменшення тривоги, але значно погіршує якість життя. Так, пацієнти, що страждають на шизофренію, уникають соціальних ситуацій через непередбачувані побоювання та часто мають слабо виражені соціальні навички. У разі з параноїдальною формою шизофренії хворим властиві наявні страхи, що хтось має наміри використати їх або заподіяти шкоду. У пацієнтів із коморбідною соціальною тривогою та шизофренією спостерігається більша кількість по-життєвих спроб самогубства, з яких вони вибирають способи самогубства з вищою летальністю та часто зловживають алкоголем чи наркотичними речовинами (Vrbova, Kotianova, Slepěcký, Prasko,

Ociskova, Latalova, Havlikova, 2015). Соціальною тривогою можуть бути зумовлені низькі показники якості життя у сферах сімейних стосунків, освіти та професійної діяльності.

На жаль, соціальна тривожність часто залишається поза увагою або вважається частиною шизофренічної симптоматики (Achim, Maziade, Raymond, Olivier, Mйrette, Roy, 2011). Однак соціальна дисфункція часто передує розвитку та діагностиці першого епізоду шизофренії. Вона зберігається після фармакологічного впорядкування шизофренії. Все це може свідчити про те, що соціальне порушення є незалежною сферою труднощів у разі шизофренії, яка існує поряд із позитивними та негативними симптомами (Halperin, Nathan, Drummond & Castle, 2000).

Отже, негативні уявлення про себе у соціальній взаємодії, негативне самосприйняття, проблемні когниції та деструктивні поведінкові стратегії для вирішення соціальних ситуацій є складниками когнітивно-поведінкової моделі соціальної тривоги у хворих на шизофренію. Таким чином, ціль когнітивно-поведінкової терапії має бути спрямована на зниження рівня тривоги, усунення тривожного способу мислення та зміну моделі тривожної поведінки.

КПТ обстеження вимагає проведення експертизи для виявлення типових ситуацій, що викликають у хворого занепокоєння, яких він уникає, його емоційних, когнітивних та фізіологічних реакцій на ці ситуації. Важливим є докладний опис захисної поведінки та поведінки уникнення. Оцінка тривоги має бути уточнена за допомогою стандартизованих опитувальників та шкал.

План лікування є обов'язковою частиною когнітивно-поведінкової терапії. Він дає змогу намітити структуру та об'єм психотерапевтичної допомоги для такого конкретного пацієнта, здійснювати ведення клінічного випадку і відстежувати ефективність психотерапевтичної допомоги. Планування психотерапії з хворими на шизофренію потребує ретельного дослідження та уваги до таких галузей, як психологічні та психосоціальні проблеми хворого. Так, психотерапевт може стикнутися з низкою проблем, що будуть суттєво заважати терапії. Серед таких проблем – амбівалентне або негативне ставлення до терапії, швидке стомлення під час сеансу, відхилення від теми або, навпаки, надмірне зосередження на чомусь.

Не меншою проблемою може стати опрацювання своїх почуттів та емоцій самим терапевтом.

Встановлення спільного партнерства є обов'язковим складником когнітивно-по-

ведінкової терапії та ставить за мету розвинути у пацієнта відчуття прагнення до спільної мети під час психотерапевтичного процесу.

Заохочення пацієнта до розповіді своєї життєвої історії може сприяти відновленню почуття суб'єктивності та інтерсуб'єктивності. Саме такий супровід пацієнта – у самостійному відкритті об'єктивної реальності – є базовим принципом у КПТ. Принцип «тут і тепер», що застосовує КПТ, заохочує виражати наявні почуття та переживання та допомагає відновити зв'язок між особистістю і теперішньою ситуацією. Отже, використання мікронаративів може посилити здібності хворих на шизофренію відновити втрачену єдність між емоціями та міжособистісними ситуаціями, а отже, відновити основне почуття себе та себе у стосунках з іншими.

Суттєвим фактором, що може впливати на ефективність когнітивно-поведінкової терапії, як і будь-якої іншої, є мотивація хворого. Саме з цих причин методи КПТ мають бути визначені не тільки базуючись на встановлених даних. Мають бути враховані суб'єктивні скарги хворого, що стосуються його почуттів, проблем та мети терапії.

Аналізуючи дані досліджень з ефективності КПТ тривожних станів у хворих на шизофренію, можна зробити висновок, що очевидною є доцільність впровадження структурованих короткострокових терапевтичних програм (Орока, Lincoln, 2017). Незважаючи на визнання наукової обґрунтованості та доказову ефективність використання цих програм, в Україні вони ще не отримали широкого застосування. Перспективним є напрям дослідницької роботи, аналіз досвіду впровадження та застосування програм, що існують в інших країнах, та поступове впровадження в практику протоколів когнітивно-поведінкової терапії в клініці ендогенних психічних розладів.

Висновки

Ця стаття забезпечує огляд поточних даних про проблему тривоги в клініці ендогенних психічних розладів.

У статті розглянуто сучасні знання щодо коморбідності тривоги у разі шизофренії, її епідеміології та етіології. Встановлено особливості впливу тривожності на перебіг основного захворювання і якість життя хворих. Описано основні складники когнітивно-поведінкової моделі тривожних станів у хворих на шизофренію. Визначено основні складники програми управління коморбідною тривожністю за допомогою впровадження психотерапевтичних інтервенцій методами когнітивно-поведінкової терапії.

Отримані результати свідчать про те, що тривога дуже поширена протягом шизофренії, що ускладнює перебіг основного захворювання, підвищує ризик рецидиву психозу і суїцидальних спроб, порушує функціонування хворих і значно погіршує якість життя.

Здійснений аналіз дає змогу дійти висновку, що актуальним виявляється розв'язання питання про доцільність проведення комплексної оцінки тривожних станів та терапевтичних заходів щодо їх лікування у хворих на шизофренію.

Доказова база щодо ефективності когнітивно-поведінкової терапії в клініці ендогенних психічних захворювань зростає та містить дослідження різних вікових та ґендерних груп хворих, враховує всі етапи та форми основного захворювання.

Серед питань, що потребують подальшого наповнення, – структуризація та персоналізація психотерапевтичних програм, робота з окремими видами продуктивної та негативної симптоматики, застосування заснованої на усвідомленості когнітивної терапії, впровадження короткотермінових протоколів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2012. № 4 (39), С. 40–45.
2. Achim A.M., Maziade M., Raymond É., Olivier D., Mérette C., Roy M.A. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 2011. Vol. 37, Issue 4, pp. 811–821. URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp148> (дата звернення: 02.06.2020).
3. Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., Mizuno, M. Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, 2018. Vol. 263, pp. 94–100. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.038> (дата звернення: 02.06.2020).
4. Bosanac P., Castle D. How should we manage anxiety in patients with schizophrenia? *Australasian Psychiatry*, 2015. Vol. 23, Issue 4, pp. 374–377. URL: <https://doi.org/10.1177/1039856215588207> (дата звернення: 02.06.2020).
5. Buckley P., Miller B.J., Lehrer D.S., et al. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2009. Vol. 35, Issue 2, pp. 383–402. URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135> (дата звернення: 02.06.2020).
6. Buonocore M., Bosia M., Bechi M., Spangaro M., Cavedoni S., Cocchi F. et al. Targeting anxiety to improve quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 2017. Vol. 45, pp. 129–135. URL: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.06.014> (дата звернення: 02.06.2020).



7. Chambless D.L., & Ollendick T.H. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 2001. Vol. 52, pp. 685–716.
8. Freeman D., Waller H., Harpur-Lewis R. et al. Urbanicity, persecutory delusions, and clinical intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2015. Vol. 43, Issue 1, pp. 42–51. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465813000660> (дата звернення: 02.06.2020).
9. Halperin S., Nathan P., Drummond P., & Castle D. A Cognitive-Behavioural, Group-Based Intervention for Social Anxiety in Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000. Vol. 3, Issue 5, pp. 809–813. URL: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00820.x> (дата звернення: 02.06.2020).
10. Hartley S., Barrowclough C., Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013. Vol. 128, Issue 5, pp. 327–346. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12080> (дата звернення: 02.06.2020).
11. Kingsep P., Nathan P., & Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2003. Vol. 63, Issue 1–2, pp. 121–129. URL: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00376-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00376-6) (дата звернення: 02.06.2020).
12. Norton P.J., & Price E.C. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007. Vol. 195, Issue 6, pp. 521–531. URL: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a> (дата звернення: 02.06.2020).
13. Opoka S.M., & Lincoln T.M. The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2017. Vol. 40, Issue 4, pp. 641–659. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.005> (дата звернення: 02.06.2020).
14. Temmingh H., & Stein D.J. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 2015. Vol. 29, Issue 10, pp. 819–832. URL: <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7> (дата звернення: 02.06.2020).
15. Tibbo P., Swainson J., Chue P., LeMelleo J.M. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety*, 2003. Vol. 17, Issue 2, pp. 65–72. URL: <https://doi.org/10.1002/da.10083> (дата звернення: 02.06.2020).
16. Vrbova K., Kotianova A., Slepceky M., Prasko J., Ociskova M., Latalova K., Havlikova P. Comorbidity of Schizophrenia and Social Phobia. *European Psychiatry*, 2015. Vol. 30, 1712. URL: [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31315-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31315-8) (дата звернення: 02.06.2020).
17. Wunderlich U., Wiedemann G., Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse, 1996. Vol. 6, Issue 1, pp. 4–13.

REFERENCES:

1. Romanchuk, O.I. (2012). Kohnityvno-povedinkova terapiia tryvoznykh rozladiv: model rozuminnia, terapii ta empirychni dokazy efektyvnosti [Cognitive-behavioral therapy of anxiety disorders: a model of understanding, therapy and empirical evidence of effectiveness]. *NeuroNews: psyhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia*, Vol. 4, Issue 39, pp. 40–45 [in Ukrainian].
2. Achim, A.M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., Roy, M.A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 37, issue. 4, pp. 811–821. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp148>.
3. Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., Mizuno, M. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, Vol. 263, pp. 94–100. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.038>.
4. Bosanac, P., Castle, D. (2015). How should we manage anxiety in patients with schizophrenia? *Australasian Psychiatry*, Vol. 23, Issue 4, pp. 374–377. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/1039856215588207>.
5. Buckley, P., Miller, B.J., Lehrer D.S., et al. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 35, Issue 2, pp. 383–402. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>.
6. Buonocore, M., Bosia, M., Bechi, M., Spangaro, M., Cavedoni, S., Cocchi, F. et al. (2017). Targeting anxiety to improve quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, Vol. 45, pp. 129–135. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.06.014>.
7. Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, pp. 685–716.
8. Freeman, D., Waller, H., Harpur-Lewis, R., et al. (2015). Urbanicity, persecutory delusions, and clinical intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol. 43, Issue. 1, pp. 42–51. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465813000660>.
9. Halperin, S., Nathan, P., Drummond, P., & Castle, D. (2000). A Cognitive-Behavioural, Group-Based Intervention for Social Anxiety in Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 3, Issue 5, pp. 809–813. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00820.x>.
10. Hartley, S., Barrowclough, C., Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 128, Issue 5, pp. 327–346. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/acps.12080>.
11. Kingsep, P., Nathan, P., & Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, Vol. 63, Issue 1–2, pp. 121–129. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00376-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00376-6).

12. Norton, P.J., & Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 195, Issue 6, pp. 521–531. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>.

13. Opoka, S.M., & Lincoln, T.M. (2017). The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2017. Vol. 40, Issue 4, pp. 641–659. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.005>.

14. Temmingh, H., & Stein, D.J. (2015). Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, Vol. 29, Issue 10, pp. 819–832. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>.

15. Tibbo P., Swainson J., Chue P., LeMelledo J.M. (2003). Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depress Anxiety*, Vol. 17, Issue 2, pp. 65–72. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/da.10083>.

16. Vrbova, K., Kotianova, A., Slepecky, M., Prasko, J., Ociskova, M., Latalova, K., Havlikova, P. (2015). Comorbidity of Schizophrenia and Social Phobia. *European Psychiatry*, Vol. 30, 1712. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31315-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31315-8).

17. Wunderlich, U., Wiedemann, G., Buchkremer, G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse, Vol. 6, Issue 1, pp. 4–13.

Стаття надійшла до редакції 16.06.2020.

The article was received 16 June 2020

УДК 159.9.072:303.214.2/3

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-3-25>

АДАПТАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ OQ-45.2: ВАЛІДНІСТЬ ТА НАДІЙНІСТЬ

Широка Анастасія Олександрівна,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології та психотерапії
Український католицький університет

shyroka@ucu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-5265-2794

Миколайчук Мар'яна Ігорівна,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології та психотерапії
Український католицький університет

mykolaychuk@ucu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-4759-3611

Мета. Ефективна психотерапія повинна впливати на покращення якості життя клієнтів. Втім на цей час у вітчизняній психотерапії є нестача валідизованих методик, які б оцінювали ефективність терапевтичних інтервенцій. При цьому терапевти зацікавлені в інструментах, які дозволяють за відносно короткий проміжок часу якомога повніше описати особливості психологічного функціонування клієнтів. У цій публікації описана адаптація українською мовою англійського опитувальника результатів психотерапії (Outcome Questionnaire або OQ-45.2), який визначає особливості функціонування індивіда за шкалами суб'єктивного дистресу, міжособистісних взаємин та соціальних ролей. Спираючись на переказ OQ-45.2 українською мовою, здійснений у 2012 році, метою цього дослідження стало визначення його надійності, конструктивної валідності, критеріальної еквівалентності, сензитивності та специфічності.

Методи. Дослідження проводилося на нормативних групах (студенти та дорослі) ($n = 514$) та групах ризику розвитку психічних розладів (жінки комерційного сексу, алко- та наркозалежні особи, умовно засуджені особи на пробачії) ($n = 114$).

Результати. В українськомовному варіанті шкали опитувальника отримали значущі показники внутрішньої узгодженості тверджень та тест-ретестової надійності. Опитувальник має значущі показники конструктивної валідності і корелює з методиками, які визначають симптоми психічних розладів (GAD-7, PHQ-9, SCL-90-R), якість життя (SF-36), особливості взаємин з оточуючими (методика К. Роджерса – Р. Даймонд, шкала співзалежності Спана-Фішера) та психологічну гнучкість (AAQ-II). Також було з'ясовано, що методика є чутливою та специфічною до диференціації осіб нормативної групи та груп ризику розвитку психічних розладів.